

DIARREAS PROLONGADAS

Dr. Rodolfo V. Valdés Landaburo.

Especialista de Segundo Grado en Gastroenterología.

Máster en Atención Integral al niño.

Jefe del Servicio de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva.

Profesor Auxiliar. Facultad de Medicina UCM-VC.

2010.

Definiciones:

Las diarreas prolongadas son aquellas de duración superior a 2 - 4 semanas, que pueden alternar con etapas de normalidad.

Este problema es de presentación habitual en la atención primaria y por definición induce a confundir dos cuadros operativamente distintos: diarrea persistente y diarrea crónica, pues en ambos casos las diarreas se han extendido más de lo habitual, y pueden evolucionar a síndromes malabsortivos. Es importante entonces señalar dónde está el límite. Para comprender la diferencia es preciso conocer que la ***Diarrea Persistente*** es un concepto utilizado para referirse a los episodios de diarrea de duración inusualmente larga (más de 14 días), de etiología presuntivamente infecciosa, que se asocia a deterioro del estado nutricional con riesgo sustancial de muerte; este concepto excluye trastornos diarreicos crónicos o recurrentes, reservándose el término de ***Diarrea Crónica*** para aquellos casos en que se ha excluido la persistente y se ha definido la etiología, como por ejemplo, casos de fibrosis quística, enfermedad celíaca, colitis ulcerativa, enfermedad de Crohn, etc. En resumen, hasta que no se hayan excluido los elementos que distinguen a la persistente, no debemos referirnos a la crónica. Sin embargo, en ambos cuadros es común el periodo de evolución del estado mórbido y cuando la diarrea crónica se asocia a síndrome de malabsorción, al igual que la diarrea persistente, el paciente puede llegar a malnutrición y fallo de medro consecuente.

DIARREA PERSISTENTE

Como ya habíamos señalado, la Diarrea Persistente (DP) es aquel cuadro en que el episodio diarreico se prolonga por más de 14 días, y la etiología suele ser presuntivamente infecciosa en su inicio, afectando generalmente el estado nutricional del niño, (casi siempre lactante), con riesgo sustancial de muerte, asociándose fuertemente a determinados factores de riesgo como:

Factores sociales: deficiente higiene personal y doméstica, inadecuado abastecimiento de agua y disposición de las excretas.

Del huésped: corta edad, malnutrición, inmunodeficiencia celular.

Prácticas alimentarias: introducción precoz de leche animal, destete precoz.

Infecciones previas: entéricas y no entéricas.

Medicamentos utilizados durante el episodio agudo: Metronidazol.

Los agentes enteropatógenos que con mayor frecuencia pueden causar DP son: ECEP, ECEAgg, Shigella, Salmonella no tifosa, ECET, Campylobacter jejuni, Giardia intestinalis y Cryptosporidium parvum.

En la patogenia de la DP se plantea que existe una lesión prolongada de la mucosa con restauración epitelial ineficaz, favoreciéndose el sobrecrecimiento bacteriano, adicionalmente hay una hipersensibilidad a la proteína de la leche de vaca, muchas veces detonada por el rol específico del agente patógeno, es por ello que algunos pacientes comienzan a hacer intolerancias alimentarias. Se clasifica la DP en severa (signos de deshidratación, signos de malnutrición, infecciones extraintestinales, requieren tratamiento hospitalario) y no severa (no hospitalización del paciente, no signos severos de desnutrición).

La DP no se cura con medicamentos, sino con alimentos; es un manejo esencialmente nutricional. Los elementos básicos son:

- Rescatar y mantener la lactancia materna en niños menores de cuatro meses.
- Garantizar una dieta que suministre 110 Kcal/Kg/día, comenzando con un poco menos.
- Fragmentar la alimentación en 6 comidas al día y cuando egrese del hospital garantizarle una comida adicional durante 1 mes, para su recuperación nutricional.
- Administrar micronutrientes y vitaminas como sulfato de zinc (10-20 mg/día), vitamina A y ácido fólico.

En la actualidad existen suficientes evidencias que demuestran la eficacia de la suplementación de zinc en el curso clínico de la diarrea aguda y persistente. El zinc deberá administrarse alejado de las comidas porque los cereales, la leche de soya, las leguminosas y tubérculos contienen fitatos, fibras y lignina que dan lugar a complejos insolubles con este oligoelemento y disminuyen su absorción y biodisponibilidad. La leche de vaca tiene un elevado contenido de caseína y calcio, lo cual reduce también la absorción del zinc. Por su parte los vegetales y frutas contribuyen muy bien a la absorción del mismo. Los alimentos ricos en zinc son: hígado, carnes rojas, carne de aves, pescado, ostras, cangrejos, jaibas.

La suplementación farmacológica de zinc se realizará a razón de 10-20 mg/día, siendo significativamente eficaz en reducir la severidad de la diarrea y la duración del episodio.

En la DP puede haber intolerancia a carbohidratos con malabsorción de lactosa, por lo que se aportarán fórmulas con bajo o ningún contenido de lactosa. Dentro de las fórmulas con bajo contenido de lactosa tenemos al yogur, un probiótico (suplemento alimentario microbiano que afecta de forma beneficiosa al huésped, mejorando su ecosistema intestinal) que tiene múltiples beneficios:

- aporta mayor cantidad de aminoácidos que la leche
- incrementa la actividad lactasa, los niveles de vitamina B₁₂, ácido fólico, la biodisponibilidad de minerales (calcio, fósforo y potasio)
- inhibe el crecimiento bacteriano
- desnaturaliza proteínas alergénicas de la leche
- modula el sistema inmune e incrementa los niveles de IgA secretora
- favorece la eliminación de rotavirus en lactantes al inhibir su replicación viral
- previene lesiones genotóxicas en el epitelio colónico (asociado a riesgo de cáncer colorectal)

Los antimicrobianos no deben utilizarse de rutina, son efectivos solamente en pacientes con infección intestinal o extraintestinal bien identificada: neumonía, sepsis, infecciones del tracto urinario, otitis media, etc.

Se tratará la amebiasis con metronidazol oral (30 mg/kg/día) si el examen microscópico de las heces demuestra trofozoitos hematófagos de *Entamoeba histolytica*, y se tratará la Giardiasis igualmente con albendazol, tinidazol o metronidazol si en las heces fecales se observan quistes o trofozoitos de este protozoo.

Recientemente se han publicado artículos que hacen referencia al uso del racecadotril (Tiorfán), un inhibidor de la encefalinasa, potenciando la encefalina (un neuropéptido de la pared intestinal que se opone a la producción de AMP cíclico) ejerciendo acción antsecretora al actuar sobre los receptores delta que inhiben el paso de ATP a AMP. Este medicamento tiene una hidrólisis rápida, eliminándose por vía renal, fecal y pulmonar con una acción máxima a los 60 minutos (empieza a los 30) y dura 4-8 horas. Su uso disminuye el volumen y el número de deposiciones, acortando la duración de la diarrea y reduciendo el riesgo de deshidratación; sin embargo, la bibliografía disponible es poco concluyente al mostrar experiencia clínica insuficiente, no permitiendo establecer conclusiones significativas.

